

## Perfil clínico e epidemiológico de pacientes com migrânea tratados na clínica de neurologia de um hospital universitário

Clinical and epidemiological profile of patients with migraine treated at the neurology clinic of a university hospital

Perfil clínico y epidemiológico de pacientes con migraña tratados en la clínica de neurología de un hospital universitario

Recebido: 26/08/2024 | Revisado: 02/09/2024 | Aceitado: 03/09/2024 | Publicado: 08/09/2024

### **Marcello Holanda de Andrade**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2714-9505>  
Universidade Federal do Piauí, Brasil  
E-mail: [marcello.holanda@yahoo.com.br](mailto:marcello.holanda@yahoo.com.br)

### **Raimundo Nonato Marques Filho**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6223-1715>  
Universidade Federal do Piauí, Brasil  
E-mail: [marquesnonato97@gmail.com](mailto:marquesnonato97@gmail.com)

### **Saula Maria de Lira Ribeiro**

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-1166-9955>  
Centro Universitário UniFacid Wyden, Brasil  
E-mail: [saulamribeiro@gmail.com](mailto:saulamribeiro@gmail.com)

### **Lucas Soares Brandão Barros**

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-8891-6909>  
Centro Universitário UniFacid Wyden, Brasil  
E-mail: [lucas.sbb99@hotmail.com](mailto:lucas.sbb99@hotmail.com)

### **Danielle Barcellos Morais**

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-3343-9987>  
Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas, Brasil  
E-mail: [drdaniellepsiquiatra@gmail.com](mailto:drdaniellepsiquiatra@gmail.com)

### **Lucas Cavalcanti de Sá Roriz**

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-1803-1830>  
Hospital Barão de Lucena e Hospital de Ávila, Brasil  
E-mail: [lucas\\_roriz92@hotmail.com](mailto:lucas_roriz92@hotmail.com)

### **Yasmin Lara Lopes de Moura**

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-8548-2100>  
Hospital São Marcos, Brasil  
E-mail: [yaasminmoura@hotmail.com](mailto:yaasminmoura@hotmail.com)

### **Michelly Gomes da Silva**

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-9555-3479>  
Universidade Federal do Piauí, Brasil  
E-mail: [michellygomes443@gmail.com](mailto:michellygomes443@gmail.com)

### **Franciluz Morais Bispo**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2825-194X>  
Universidade Federal do Piauí, Brasil  
E-mail: [franciluzmorais@yahoo.com.br](mailto:franciluzmorais@yahoo.com.br)

### **Resumo**

O presente estudo buscou avaliar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com migrânea atendidos no ambulatório de neurologia de um Hospital Universitário. Tratou-se de um estudo quantitativo, descritivo, observacional e retrospectivo com pacientes adultos diagnosticados com migrânea, atendidos de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2021. Informações sociodemográficas e clínicas foram coletadas dos prontuários. Foram incluídos 247 pacientes, predominantemente mulheres (93,5%), com idade média de 43,7 anos, casados (48,6%), sem histórico familiar (56,0%) ou tratamento prévio (57,7%). Cerca de 74,9% relataram comorbidades, sendo HAS (26,2%) e transtornos psiquiátricos (12,6%) os mais prevalentes. Houve associação significativa entre a quantidade de dias de migrânea por mês e a presença de comorbidades ( $p < 0,05$ ) e entre migrânea crônica e comorbidades (OR 2,65). Esta pesquisa caracterizou o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes, confirmando que comorbidades estão associadas à cronificação da migrânea e interferem nas atividades cotidianas.

**Palavras-chave:** Transtornos de enxaqueca; Epidemiologia; Dor crônica.

### Abstract

The present study aimed to evaluate the clinical and epidemiological profile of patients with migraine treated at the neurology outpatient clinic of a University Hospital. It was a quantitative, descriptive, observational, and retrospective study involving adult patients diagnosed with migraine, treated from 1st January to 31st December 2021. Sociodemographic and clinical information was collected from medical records. A total of 247 patients were included, predominantly women (93.5%), with an average age of 43.7 years, married (48.6%), with no family history (56.0%) or previous treatment (57.7%). About 74.9% reported comorbidities, with hypertension (26.2%) and psychiatric disorders (12.6%) being the most prevalent. There was a significant association between the number of migraine days per month and the presence of comorbidities ( $p < 0.05$ ) and between chronic migraine and comorbidities (OR 2.65). This research characterised the clinical and epidemiological profile of the patients, confirming that comorbidities are associated with the chronification of migraine and interfere with daily activities.

**Keywords:** Migraine disorders; Epidemiology; Chronic pain.

### Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar el perfil clínico y epidemiológico de los pacientes con migraña atendidos en la consulta externa de neurología de un Hospital Universitario. Se trató de un estudio cuantitativo, descriptivo, observacional y retrospectivo con pacientes adultos diagnosticados con migraña, atendidos del 1 de enero al 31 de diciembre de 2021. Se recopilaron datos sociodemográficos y clínicos de las historias clínicas. Se incluyeron 247 pacientes, predominantemente mujeres (93,5%), con una edad media de 43,7 años, casados (48,6%), sin antecedentes familiares (56,0%) ni tratamiento previo (57,7%). Aproximadamente el 74,9% informó comorbilidades, siendo la hipertensión arterial (26,2%) y los trastornos psiquiátricos (12,6%) los más prevalentes. Hubo una asociación significativa entre la cantidad de días de migraña por mes y la presencia de comorbilidades ( $p < 0,05$ ) y entre migraña crónica y comorbilidades (OR 2,65). Esta investigación caracterizó el perfil clínico y epidemiológico de los pacientes, confirmando que las comorbilidades están asociadas con la cronificación de la migraña e interfieren en las actividades cotidianas.

**Palabras clave:** Trastornos migrañosos; Epidemiología; Dolor crónico.

## 1. Introdução

As palavras migrânea ou enxaqueca vem do grego e do árabe, respectivamente, ambas denotando “de um lado só da cabeça”. Trata-se de um tipo de cefaleia primária (Cruz *et al.*, 2020). Nos consultórios de neurologia a dor de cabeça é a queixa mais comum, representando a cerca de 20% de toda a demanda do ambulatório (Hauser, 2018).

Apesar da grande prevalência, apenas uma pequena parcela das pessoas afligidas por cefaleia procura atendimento médico e, conseqüentemente, recebe diagnóstico e tratamento apropriados, o que torna esta patologia subestimada mundialmente (Parreira *et al.*, 2020).

A patogênese da migrânea não é totalmente conhecida, mas sabe-se que envolve a disfunção do nervo trigêmeo e suas projeções para a região intracraniana, por meio da ativação e sensibilização de neurônios trigeminovasculares de primeira ordem, os quais inervam meninges, vasos e as projeções para o sistema nervoso central. Com a ativação desses neurônios são liberados peptídeos vasoativos, induzindo reações inflamatórias locais que sensibilizam e ativam essa via, que por sua vez, excitam neurônios de segunda ordem situados no tronco cerebral e em seguida ativam neurônios de terceira ordem no tálamo, por fim esse impulso é retransmitido para áreas do córtex somatossensorial produzindo a sensação de dor (Ashina, 2020).

É importante mencionar que esse tipo de cefaleia primária se manifesta geralmente por meio de um encadeamento de quatro estágios: pródromos, aura, dor e período de resolução (Steinei *et al.*, 2018). Desta maneira, o diagnóstico da migrânea deve ser clínico, reservando-se a investigação via exames complementares aos casos com sinais de alarme e/ou dúvida diagnóstica para se evitar custos desnecessários aos serviços de saúde (Jurno *et al.*, 2016).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2020) a migrânea afeta diretamente um bilhão de pessoas ao redor do mundo em todas as regiões, culturas e status econômico, é a segunda causa de incapacidade dentre todas as patologias e a primeira em pessoas abaixo de 50 anos. Estudos ressaltam que a migrânea, embora não seja o subtipo mais frequente de cefaleia, é o mais estudado, dado sua alta prevalência e grande déficit que gera na qualidade de vida dos doentes (Cruz *et al.*, 2020);

Charles, 2018; Goadsby *et al.*, 2017).

No Brasil, cerca de 9,3% das consultas a nível primário de atenção à saúde em serviços de urgência são constituídas por pacientes com migrânea (Academia Brasileira de Neurologia, 2018). Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2020) na maioria dos casos a migrânea surge na puberdade e afeta sobretudo a faixa etária entre 30 e 50 anos, ou seja, no período economicamente ativo da vida, favorecendo a perda da produtividade, verificada em 67% dos enxaquecosos e gerando custos ao empregador, pois pode ocorrer o absenteísmo que é a falta do funcionário pela patologia, como também o presenteísmo que o trabalho do profissional doente levando à baixa produtividade. Estudos apontam que ocorra com mais frequência no sexo feminino que ao masculino, em uma proporção de 2:1, devido às influências hormonais (Ashina, 2020; Charles, 2018).

A hereditariedade da enxaqueca é conhecida há muito tempo, estudos indicam uma herdabilidade variando entre 34 a 64%, trabalhos realizados com famílias e estudo com gêmeos indicam que o indivíduo possuindo parente de primeiro grau com migrânea sem aura possui risco duas vezes maior de ter migrânea e no caso se for migrânea com aura o risco é 1,4 vezes maior (Bron *et al.*, 2021).

As suas variantes, crônica (aquela que ocorre mais de 15 dias por mês) e refratária (resistente ao tratamento), sobretudo quando se complicam de uso excessivo de analgésicos, embora com menor frequência, constituem as formas que causam maior incapacidade (Parreira *et al.*, 2020).

O curso natural da migrânea episódica pode levar à migrânea crônica, remissão ou mudança do tipo de cefaleia. A progressão para migrânea crônica está associada com o aumento do número de dias de dor de cabeça, abuso de analgésicos e alodínea cutânea. A migrânea também está associada à comorbidades, estudo anteriores indicam que grupos de pacientes separados por comorbidades diferiram no prognóstico, resposta ao tratamento e progressão de migrânea episódica para crônica (Burch *et al.*, 2021).

Por fim, o tratamento deve ser instituído tão logo seja firmado o diagnóstico, de forma correta e efetiva, para se garantir o controle das crises e, por consequência, uma boa qualidade de vida dos acometidos, reduzindo seus prejuízos sociais, educacionais, laborais, emocionais e econômicos.

Nesse contexto, o presente estudo buscou avaliar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com migrânea atendidos no ambulatório de neurologia de um Hospital Universitário.

## **2. Metodologia**

### **Tipo de Estudo**

Trata-se de um estudo de natureza aplicada, de abordagem quantitativa, descritiva, observacional e retrospectiva, realizado de acordo com a metodologia descrita por Nedel e Silveira (2016).

### **Seleção e descrição dos sujeitos de pesquisa**

O cenário da pesquisa foi o Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí-HU-UFPI. Os participantes do estudo foram pacientes adultos, com o diagnóstico de migrânea, que receberam atendimento no ambulatório de neurologia da referida instituição, no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2021.

Para o levantamento da amostra foi realizado levantamento do número de prontuários do ambulatório de neurologia, com as palavras "migrânea", "enxaqueca", "pulsátil" e "latejante". Dos 357 prontuários localizados, foram retirados os pacientes que não preencheram os critérios de diagnóstico de migrânea. A amostra final foi constituída por 247 prontuários de pacientes com migrânea.

Foram incluídos pacientes adultos, em consulta no ambulatório de neurologia, com queixa de migrânea apresentando

no prontuário a descrição dos sintomas de acordo com o critério da Classificação Internacional das Cefaleias elaborado pela *International Headache Society* em sua 3<sup>o</sup> edição, ou com diagnóstico confirmado de migrânea descrito em prontuário. Foram excluídos os pacientes que apresentaram outros tipos de cefaleias primárias que não fossem a migrânea e pacientes com cefaleias secundárias.

### **Coleta de Dados**

As informações foram extraídas dos prontuários, por meio de um instrumento de coleta de dados, semiestruturado, construído pelos autores da pesquisa, com informações pré-estabelecidas, o qual foi aplicado para essa finalidade no mês de setembro de 2022.

Na primeira parte desse instrumento foram coletadas informações sociodemográficas dos participantes (idade, gênero e estado civil); na segunda parte foram abordadas as questões clínicas (início dos sintomas, comorbidades associadas, e histórico familiar da migrânea).

### **Análises Estatísticas**

Os dados foram digitados em planilhas do Microsoft Excel e analisados no software R (versão 4.2.1). A amostra foi caracterizada por tabelas de frequências absolutas e percentuais. As relações entre variáveis e desfechos foram apresentadas em tabelas de contingência com frequências e medidas de mediana  $\pm$  intervalo interquartil. A normalidade das variáveis contínuas foi verificada pelo teste de Shapiro-Wilk. Associações entre variáveis qualitativas foram analisadas com o teste qui-quadrado de Pearson, o teste exato de Fisher ou o teste da razão de verossimilhanças (teste G2), conforme apropriado. Comparações entre medianas foram realizadas com os testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis para dois e três ou mais grupos, respectivamente. O nível de significância adotado foi 5%, com hipóteses bilaterais.

### **Procedimentos Éticos**

A pesquisa foi iniciada somente após apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí (UFPI), obedecendo aos preceitos éticos e normatizações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que trata e regulamenta as diretrizes e normas envolvendo pesquisa com seres humanos (Brasil, 2012). Foi aprovada sob o parecer do CEP n<sup>o</sup> 60584022.3.0000.8050.

## **3. Resultados**

O estudo incluiu 247 pacientes com diagnóstico de migrânea que foram tratados em um Hospital Universitário de uma capital da região Nordeste. A Tabela 1 mostra uma maior prevalência de mulheres (93,5%), indivíduos casados (48,6%) e aqueles sem histórico familiar de migrânea (56,0%) ou tratamento profilático anterior (57,7%). A idade média foi de 43,7 anos para ambos os sexos combinados, com as mulheres apresentando uma idade média de 43,6 anos e os homens 44,6 anos.

**Tabela 1** – Caracterização sociodemográfica dos pacientes diagnosticados com migrânea, atendidos no Hospital Universitário do Piauí – HU / UFPI, 2022. (N = 247).

Variáveis	n	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	16	6,5
Feminino	231	93,5
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	110	45,3
Casado(a)/união estável	118	48,6
Viúvo(a)	7	2,9
Separado(a)	8	3,3
<b>Tratamento prévio</b>		
Sim	63	42,3
Não	86	57,7
<b>História familiar</b>		
Sim	33	44,0
Não	42	56,0

Fonte: Elaborado pelos autores.

Na Tabela 2, pode-se observar que a maioria dos pacientes relatou ter pelo menos uma comorbidade (74,9%), sendo a Hipertensão Arterial Sistêmica (26,2%) e os transtornos psiquiátricos (12,6%) as comorbidades mais prevalentes. Os dados sobre as seis condições mais prevalentes no estudo estão apresentados; outras comorbidades com menor representação na amostra foram omitidas da tabela.

**Tabela 2** – Caracterização clínica dos pacientes diagnosticados com migrânea, atendidos no Hospital Universitário do Piauí - HU / UFPI, 2022. (N = 247).

Variável	n	%
<b>Presença de comorbidade</b>		
Sim	185	74,9
Não	62	25,1
<b>Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)</b>		
Sim	50	26,2
Não	141	73,8
<b>Diabetes Mellitus</b>		
Sim	17	8,9
Não	174	91,1
<b>Distúrbios Psiquiátricos</b>		
Sim	24	12,6
Não	167	87,4
<b>Asma</b>		
Sim	7	3,7
Não	184	96,3
<b>Epilepsia</b>		
Sim	11	5,8
Não	180	94,2

**Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES)**

Sim	9	4,7
Não	182	95,3

**Tempo Médio de Acometimento da Migrânea**

Até 5 anos	52	21,1
Entre 5 e 10 anos	9	3,6
Acima de 10 anos	15	6,1
Longa data	82	33,2

Fonte: Elaborado pelos autores.

Além disso, na Tabela 2 é possível verificar que a maioria dos pacientes (n = 82) relatou dores de cabeça prolongadas. O termo “prolongadas” é comumente usado pelos pacientes durante as consultas porque muitos não conseguem lembrar precisamente quando seus sintomas começaram e estimam que têm a condição há um longo período que não conseguem especificar.

Na Tabela 3, mostra-se a associação entre variáveis sociodemográficas e a presença de migrânea crônica entre os pacientes incluídos no estudo.

**Tabela 3** – Associação entre as variáveis sociodemográficas e a migrânea crônica dos pacientes diagnosticados com migrânea, atendidos no Hospital Universitário do Piauí – HU / UFPI, 2022. (N = 247).

Variáveis	Migrânea crônica		Total (%)	p-valor
	Sim (%)	Não (%)		
<b>Sexo</b>				
Masculino	2 (22,2)	7 (77,8)	9 (6,0)	0,486*
Feminino	54 (38,0)	88 (62,0)	142 (94,0)	
<b>Tempo de migrânea</b>				
Até 5 anos	13 (38,2)	21 (61,8)	34 (32,7)	0,622**
Entre 5 e 10 anos	3 (50,0)	3 (50,0)	6 (5,8)	
Acima de 10 anos	7 (53,8)	6 (46,2)	13 (12,5)	
Longa data	18 (35,3)	33 (64,7)	51 (49,0)	
<b>Estado civil</b>				
Solteiro	32 (43,2)	42 (56,8)	74 (50,0)	0,324**
Casado/união estável	23 (33,3)	46 (66,7)	69 (46,6)	
Viúvo/separado	1 (20,0)	4 (80,0)	5 (3,4)	
<b>Tratamento prévio</b>				
Sim	19 (45,2)	23 (54,8)	42 (45,7)	0,486***
Não	23 (46,6)	37 (54,0)	50 (54,3)	
<b>História familiar</b>				
Sim	10 (50,0)	10 (50,0)	20 (42,6)	0,579***
Não	11 (40,7)	16 (59,3)	27 (57,4)	
<b>Presença de comorbidade</b>				
Sim	47 (42,7)	63 (57,3)	110 (72,8)	0,019***
Não	9 (22,0)	32 (78,0)	41 (27,2)	

Nota: \* teste exato de Fisher; \*\* teste da razão de verossimilhanças (*G2 test*) e \*\*\* teste qui-quadrado de Pearson. Fonte: Elaborado pelos autores.

Foi encontrado que 56 pacientes tinham migrânea crônica. Entre esses pacientes, a maioria relatou dores prolongadas (35,3%), era do sexo feminino (38%), solteira (43,2%), nunca havia passado por tratamento profilático anterior (46,6%), não tinha histórico familiar (40,7%) e apresentava alguma comorbidade (42,7%). Além disso, foi observada uma associação significativa entre migrânea crônica e a presença de comorbidade ( $p < 0,005$ ). A probabilidade de ter migrânea crônica em pacientes com comorbidades é 2,65 vezes maior do que em pacientes sem comorbidades, com um intervalo de confiança de 95% (1,16; 6,09) (Tabela 3).

Na Tabela 4, mostra-se a associação entre variáveis sociodemográficas e clínicas e o número de dias com dor de cabeça por mês entre os pacientes incluídos no estudo. De acordo com a Tabela 4, foi observada uma associação significativa entre a presença de comorbidade e o número de dias com dor de cabeça por mês ( $p = 0,001$ ). Além disso, a frequência média atual de dores de cabeça foi de  $8 \pm 8$  dias por mês para os homens e  $12 \pm 22,5$  dias por mês para as mulheres (Tabela 4).

**Tabela 4** – Associação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e o número de dias com dor de cabeça/mês, dos pacientes diagnosticados com migrânea, atendidos no Hospital Universitário do Piauí – HU / UFPI, 2022. (N = 247).

Variáveis	Número de dias com dor de cabeça/mês*	p-valor
<b>Sexo</b>		
Masculino	$8 \pm 8$	0,491**
Feminino	$12 \pm 22,5$	
<b>Tempo de migrânea</b>		
Até 5 anos	$12 \pm 12$	0,544***
Entre 5 e 10 anos	$19 \pm 22$	
Acima de 10 anos	$20 \pm 26$	
Longa data	$12 \pm 11,5$	
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	$12 \pm 23,5$	0,340***
Casado/união estável	$12 \pm 16$	
Viúvo/separado	$12 \pm 8$	
<b>Tratamento prévio</b>		
Sim	$12 \pm 15$	0,844**
Não	$12 \pm 22$	
<b>História familiar</b>		
Sim	$13,5 \pm 14,25$	0,931**
Não	$12 \pm 12$	
<b>Presença de comorbidade</b>		
Sim	$12 \pm 22$	<b>0,001**</b>
Não	$8 \pm 8$	

Nota: \* mediana  $\pm$  intervalo interquartil; \*\* teste de Mann-Whitney; \*\*\* teste de Kruskal-Wallis. Fonte: Elaborado pelos autores.

Na Tabela 5, foi observado que não houve associação significativa entre comorbidades preexistentes e a presença de migrânea crônica ou o número de dias com dor de cabeça por mês ( $p > 0,005$ ). É importante notar que, para a definição da comorbidade "transtorno psiquiátrico", todas as condições psiquiátricas relatadas nos prontuários médicos foram agrupadas em uma única variável.

**Tabela 5** - Associação entre a presença de comorbidades, migrânea crônica e o número de dias com dor de cabeça/mês entre os pacientes diagnosticados com migrânea, atendidos no Hospital Universitário do Piauí – HU / UFPI, 2022. (N = 247).

Variáveis	Migrânea crônica		p-valor	Número de dias com dor de cabeça/mês*	p-valor
	Sim (%)	Não (%)			
HAS	12(44,4)	15(55,6)	0,243	10 ± 12	0,0344**
Diabetes Mellitus	7(58,3)	5(41,7)	0,109	12 ± 16	0,035**
Psiquiátricos	5(38,5)	8(61,5)	0,767	12 ± 21	0,644**
Asma	2(40,0)	3(60,0)	1,000	12 ± 21	0,334**
Epilepsia	3(33,3)	6(66,7)	1,000	12 ± 26	0,579**
LES	2(50,0)	2(50,0)	0,611	12 ± 16	0,182**

Nota: \* mediana ± intervalo interquartil; \*\* teste de Mann-Whitney. Fonte: Elaborado pelos autores.

#### 4. Discussão

Esta pesquisa buscou avaliar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com migrânea atendidos no ambulatório de neurologia de um Hospital Universitário de uma capital da região Nordeste. Foram incluídos pacientes adultos, em sua primeira consulta no ambulatório de neurologia, com queixa de migrânea e diagnóstico confirmado no prontuário.

Foram analisados 247 prontuários de pacientes diagnosticados com migrânea, prevalecendo indivíduos casados, do sexo feminino e com média de idade de 43,7 anos. Dados de prevalência mundial mostram que a migrânea é duas a três vezes mais prevalente em mulheres em comparação aos homens, possui pico de prevalência bimodal, o primeiro pico de prevalência entre 30 a 39 anos e o segundo por volta dos 50 anos de idade (Lipton *et al.*, 2019). Lipton *et al.* (2016), demonstraram que a incapacidade relacionada à enxaqueca foi mais grave em mulheres do que em homens e para aqueles com migrânea crônica do que aqueles com migrânea episódica.

Pinheiro *et al.* (2021), investigaram se pacientes com diferentes subtipos de enxaqueca apresentam comprometimento da organização sensorial do equilíbrio, em contraste com indivíduos sem cefaleia, onde a amostra foi composta 100% por mulheres. De modo semelhante, Ferreira *et al.* (2018), avaliaram a presença de déficits cognitivos em pacientes com migrânea crônica e os principais fatores que desencadeiam distúrbios cognitivos, como comorbidades ou uso de medicamentos em 60 pacientes, onde 96,7% eram do sexo feminino, e 43,3% eram casados.

Além desses, Silva *et al.* (2021), associaram a frequência da cefaleia com a prática de atividade física e verificaram que a ocorrência de migrânea foi mais elevada no sexo feminino. No trabalho de Jurno *et al.* (2018), onde os autores determinaram a prevalência de cefaleia na população de Barbacena e observaram que houve predominância de indivíduos casados.

No presente estudo verificou-se que a maioria dos participantes não realizaram tratamento prévio anteriormente, corroborando a pesquisa de Yu *et al.* (2022), que avaliaram a eficácia e a segurança de um medicamento em pacientes com migrânea crônica e observaram que a maior parte dos pacientes não realizaram nenhum tratamento preventivo anterior para enxaqueca.

Nesta pesquisa, a maioria dos pacientes relatou possuir alguma comorbidade, e as comorbidades mais frequentes foram a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e transtornos psiquiátricos. Já Ferreira *et al.* (2017), relataram que as comorbidades mais observadas foram transtorno de ansiedade generalizada (70%), e transtorno depressivo maior (20%), enquanto HAS e Diabetes Mellitus (DM) foram verificadas em menor frequência, 6,6% e 3,3%, respectivamente. De acordo com Bo & Rocha (2022), estima-se que até 40% dos pacientes com migrânea apresentam, pelo menos, um episódio de depressão maior ao longo da vida.



Corroborando a essas informações, Zampieri *et al.* (2014), informaram que pacientes com cefaleia crônica diária tendem a ter transtorno de personalidade dependente, baixa produção e concentração, ansiedade, depressão, ideação suicida e desesperança, sobrepondo dois ou mais transtornos psicológicos. Esses fatores devem ser considerados para uma melhor resolução no tratamento da cefaleia crônica.

Ainda nesse contexto, Scher *et al.* (2019), verificaram que as comorbidades mais prevalentes em homens com enxaqueca incluíam enfisema, doença cardíaca/angina, hipertensão e acidente vascular cerebral. E as comorbidades mais comuns em mulheres incluíam alergias, asma, bronquite, sinusite, ansiedade, disfunção temporomandibular e problemas de circulação como síndrome de Raynaud, desmaios, infarto agudo do miocárdio e batimentos cardíacos irregulares, entre outros.

No presente estudo verificou-se que a maioria dos pacientes que apresentaram migrânea crônica, relataram sentir dores de longa data, corroborando ao estudo de Dantas *et al.* (2021), onde 60,1% dos pacientes relataram sentir dor a mais de 10 anos. Na pesquisa de Bernatto *et al.* (2017), os autores avaliaram a ocorrência de alodinia cutânea entre pacientes com enxaqueca crônica e episódica em uma clínica terciária de cefaleia, e verificaram que a duração de migrânea crônica foi em média de 20,3 ( $\pm 11,8$ ) anos. Corroborando a esses estudos, Yu *et al.* (2020), verificaram que a duração média da enxaqueca foi de 18,0 ( $\pm 11,6$ ) anos.

Além disso, nesta pesquisa foi possível verificar que a frequência atual média de dor foi de  $8 \pm 8$  dias/mês no sexo masculino e  $12 \pm 22,5$  dias/mês no sexo feminino. Assemelhando-se a este achado, Scher *et al.* (2017), ao avaliarem a epidemiologia da enxaqueca em homens examinando as diferenças de gênero, observaram que os homens tinham menos dias/mês de dor de cabeça do que as mulheres.

Enquanto no estudo de Ferreira *et al.* (2018), de modo geral os autores verificaram que a frequência atual média de dor foi de  $12,0 \pm 9,2$  dias/mês. Já na pesquisa de Bernatto *et al.* (2017), nos pacientes com migrânea crônica a frequência atual média de dor foi de  $23,25 (\pm 6,26)$  dias/mês.

Nesse sentido, em seu estudo, Lipton *et al.* (2016), avaliaram que as frequências medianas de dor de cabeça por dia foram maiores para os entrevistados com migrânea crônica do que para aqueles com migrânea episódica, independentemente do sexo.

Ademais, verificou-se que não houve associação significativa entre a presença de migrânea crônica e as comorbidades, HAS, diabetes mellitus, distúrbios psiquiátricos, asma, epilepsia e LES isoladamente, porém ao se realizar a associação entre a presença de migrânea crônica e a ocorrência de pelo menos uma comorbidade encontrou-se correlação positiva ( $p < 0,05$ ) apresentando um risco relativo de 2,65 vezes mais chance de um paciente com comorbidades apresentar migrânea crônica em comparação com pacientes com migrânea episódica.

E não houve associação significativa entre nenhuma comorbidade e o número de dias com dor de cabeça/mês. Apesar disso, Scher *et al.* (2019) e Scher *et al.* (2017), sugerem uma associação entre a cronicidade da dor e a regulação emocional, o que pode ajudar a explicar por que a enxaqueca também é comórbida com transtornos psiquiátricos, especialmente depressão e ansiedade. Ressaltando-se que no presente estudo, os transtornos psiquiátricos foram a segunda comorbidade mais prevalente.

A hipertensão Arterial Sistêmica foi a comorbidade mais prevalente no estudo, a migrânea está positivamente correlacionada com a pressão diastólica, de modo que o aumento de 1 desvio padrão no valor da pressão diastólica aumenta a probabilidade do paciente apresentar migrânea em 30% nas mulheres e 13% nos homens e foi o segundo fator, atrás apenas do abuso de analgésicos, para a progressão de migrânea episódica para crônica (Barbanti *et al.*, 2010).

A comorbidade psiquiátrica foi o segundo grupo mais prevalente de comorbidades, estudos demonstram que o paciente psiquiátrico apresenta maior número de crises e consome mais analgésicos, estudos retrospectivos indicam que a depressão está especificamente mais relacionada com a cronificação da migrânea (Radat, 2021).

A relação entre diabetes e migrânea não está clara na literatura porém sabe-se que a obesidade, que é fator de risco para diabetes, possui correlação positiva para migrânea e aumento no número de dias de dor de cabeça ao mês (Rivera-Mancilla *et al.*, 2021).

Uma metanálise publicada em 2021 avaliou a associação entre asma e migrânea sendo observado que existe associação positiva entre as duas patologias. Os mecanismos subjacentes à associação entre asma e a enxaqueca podem ser pensadas a partir da perspectiva inflamação, disfunção imunológica e gatilhos ambientais. Atopia, hiperatividade parassimpática e neuropeptídeo elevado são os principais fatores fisiopatológicos da inflamação e disfunção imunológica que desempenham um papel crucial na patogênese da asma e da enxaqueca (Kang *et al.*, 2021).

A comorbidade enxaqueca-epilepsia pode ser explicada nesses casos por uma hiperexcitabilidade neuronal, que aumenta o risco de ambas as doenças: uma maior concentração de glutamato extracelular, o principal neurotransmissor excitatório.

Na enxaqueca, um excesso inicial de atividade neuronal leva a depressão cortical alastrante e aura, com posterior recrutamento do núcleo do trigêmeo levando a sensibilização central e dor; na epilepsia, a hiperatividade neuronal leva ao recrutamento de populações maiores de neurônios disparando em um ritmo forma que constitua uma crise epiléptica. Enxaqueca, aura e dores de cabeça podem atuar como um gatilho para crises epiléticas (Ashina, 2020).

Na prática clínica, muitas vezes assume-se que o diagnóstico de cefaleia é relativamente estável para um indivíduo e, no entanto, encontramos mudanças substanciais na frequência da migrânea ao longo do tempo, potencialmente movendo os indivíduos entre as categorias diagnósticas (ou seja, entre ME e MC). A constatação de que a frequência diária da dor de cabeça em um indivíduo muda substancialmente ao longo do tempo representa um desafio considerável para a classificação, diagnóstico e subsequente manejo clínico da dor de cabeça (Jurno *et al.*, 2016; Kang *et al.*, 2021).

## 5. Conclusão

Esta pesquisa verificou que a migrânea crônica era mais frequente em mulheres, indivíduos casados e aqueles com comorbidades preexistentes, sendo a hipertensão e os transtornos psiquiátricos as comorbidades mais prevalentes. É importante ressaltar que a dor de cabeça pode interferir nas atividades diárias dos indivíduos com essa condição crônica, particularmente em termos de concentração e humor. Portanto, esses achados reforçam a importância da atenção ao diagnóstico e à prevenção da migrânea.

Ressalta-se a importância da realização de trabalhos futuros para investigar a eficácia de diferentes abordagens terapêuticas no manejo da migrânea crônica, especialmente em populações específicas como mulheres e indivíduos com comorbidades. Estudos longitudinais sobre a evolução da migrânea e sua interação com outras condições de saúde, assim como a análise do impacto de fatores psicossociais, como suporte social e resiliência, podem oferecer dados valiosos para intervenções mais eficazes e personalizadas.

## Conflito de Interesses

Os autores declaram não haver nenhum conflito de interesses.

## Referências

- Academia Brasileira de Neurologia, Departamento Científico de Cefaleia, Sociedade Brasileira de Cefaleia. (2018). Protocolo nacional para diagnóstico e manejo das cefaleias nas unidades de urgência do Brasil. Disponível em <https://sbcefaleia.com.br/images/protocolo%20cefaleia%20urgencia.pdf>
- Ashina, M. (2020). Migraine. *The New England Journal of Medicine*, 383(19), 1866-1876.
- Barbanti, P., Aurilia, C., Egeo, G., Fofi, L. (2010). Hypertension as a risk factor for migraine chronification. *Neurol Sci*, 31(1), S41-3.

- Benatto, M. T., Florencio, L. L., Carvalho, G. F., Dach, F., Bigal, M. E., Chaves, T. C., Bevilaqua-Grossi, D. (2017). Cutaneous allodynia is more frequent in chronic migraine, and its presence and severity seems to be more associated with the duration of the disease. *Arq Neuropsiquiatr*, 75(3), 153-159.
- Bo, D. E. B., & Rocha, E. de M. C. (2022). Comorbidity between chronic headache and depression treated with botulinum toxin: Literature review. *Brazilian Journal of Pain*, 5(2), 154-160.
- Brasil. Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde. (2012). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Conselho Nacional de Saúde. Recuperado em 25 de dezembro de 2022, de [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)
- Bron, C., Sutherland, H. G., & Griffiths, L. R. (2021). Exploring the hereditary nature of migraine. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 17, 1183-1194.
- Burch, R. C., Buse, D. C., & Lipton, R. B. (2019). Migraine: Epidemiology, burden, and comorbidity. *Neurologic Clinics*, 37(4), 631-649.
- Charles, A. (2018). The pathophysiology of migraine: Implications for clinical management. *The Lancet Neurology*, 17(2), 174-182.
- Cruz, M. C. da, Camargo, R. P. de, Cruz, L. C. da, Schiefelbein, N., Cruz, D. M. da, & Cruz, M. C. C. da. (2020). Migrânea: Revisão de literatura. *Archives of Health Investigation*, 10(2), 307-314.
- Dantas, M. I. O., Pereira, T. A. B., & DeSantana, J. M. (2021). Chronic migraine patients have low level of knowledge about pain neurophysiology. *Brazilian Journal of Pain*, 4(4), 339-343.
- Ferreira, K. S., Teixeira, C. T., Cáforo, C., Oliver, G. Z., Carvalho, G. L. P., Carvalho, L. A. S. D., Silva, B. G., Haes, F. B. B., & Ciciarelli, M. C. (2018). Chronic migraine patients show cognitive impairment in an extended neuropsychological assessment. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 76(9), 582-587.
- Goadsby, P. J., Holland, P. R., Martins-Oliveira, M., Hoffmann, J., Schankin, C., & Akerman, S. (2017). Pathophysiology of migraine: A disorder of sensory processing. *Physiological Reviews*, 97(2), 553-622.
- Hauser, S. L., & Josephson, S. A. (2018). *Neurologia clínica de Harrison* (5th ed.). AMGH.
- Jurno, M. E., Felipe, B. L. de, Souza, M. G. da C., Matoso, A. A., Barreto, E. F., & Martins da Costa, M. C. M. (2016). Impacto da solicitação de tomografias computadorizadas cranianas na investigação diagnóstica da migrânea. *HU Revista*, 42(3), 185-190.
- Kang, L. L., Chen, P. E., Tung, T. H., Chien, C. W. (2021). Association Between Asthma and Migraine: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *Front Allergy*, 1;2,741135.
- Lipton, R. B., Adams, A. M., Buse, D. C., Fanning, K. M., & Reed, M. L. (2016). A comparison of the Chronic Migraine Epidemiology and Outcomes (CaMEO) Study and American Migraine Prevalence and Prevention (AMPP) Study: Demographics and headache-related disability. *Headache*, 56(8), 1280-1289.
- Lipton, R. B., Fanning, K. M., Buse, D. C., Martin, V. T., Hohaia, L. B., Adams, A. M., Reed, M. L., & Goadsby, P. J. (2019). Migraine progression in subgroups of migraine based on comorbidities: Results of the CaMEO study. *Neurology*, 93(24), e2224-e2236.
- Nedel, W. L., & Silveira, F. da. (2016). Os diferentes delineamentos de pesquisa e suas particularidades na terapia intensiva. *Revista Brasileira De Terapia Intensiva*, 28(3), 256-260.
- Parreira, E., Luzeiro, I., & Monteiro, J. M. (2020). Chronic and refractory migraine: How to diagnose and treat. *Acta Médica Portuguesa*, 33(11), 753-760.
- Radat, F. (2021). What is the link between migraine and psychiatric disorders? From epidemiology to therapeutics. *Rev Neurol (Paris)*, 177(7), 821-826.
- Rivera-Mancilla, E., Al-Hassany, L., Villalón, C. M., MaassenVanDenBrink, A. (2021). Metabolic Aspects of Migraine: Association With Obesity and Diabetes Mellitus. *Front Neurol*, 12, 686398.
- Scher, A. I., Buse, D. C., Fanning, K. M., Kelly, A. M., Franznick, D. A., Adams, A. M. & Lipton, R. B. (2017). Comorbid pain and migraine chronicity: The Chronic Migraine Epidemiology and Outcomes Study. *Neurology*, 89(5), 461-468.
- Scher, A. I., Wang, S. J., Katsarava, Z., Buse, D. C., Fanning, K. M., Adams, A. M., & Lipton, R. B. (2019). Epidemiology of migraine in men: Results from the Chronic Migraine Epidemiology and Outcomes (CaMEO) study. *Cephalalgia*, 39(2), 296-305.
- Silva, L. R., Santos, G. E. S., Neto, M. G. A., & Gonçalves, M. C. (2021). Frequência de cefaleia e atividade física na população dos povoados de Aranha e Bonfim do município de Arari-MA. *Revista CEUMA Perspectivas*, 37(2).
- Steiner, T. J., Stovner, L. J., Vos, T., Jensen, R., & Katsarava, Z. (2018). Migraine is first cause of disability in under 50s: Will health politicians now take notice? *The Journal of Headache and Pain*, 19(1), 17.
- World Health Organization. (2020). ATLAS of Headache Disorders and Resources in the World 2020. World Health Organization. Disponível em <https://www.who.int/publications/i/item/9789240020294>
- Yu, S., Kim, B. K., Wang, H., Zhou, J., Wan, Q., Yu, T., Lian, Y., Arkuszewski, M., Ecochard, L., Wen, S., Yin, F., Li, Z., Su, W., & Wang, S. J. (2022). A phase 3, randomised, placebo-controlled study of erenumab for the prevention of chronic migraine in patients from Asia: The DRAGON study. *The Journal of Headache and Pain*, 23(1), 146.
- Zampieri, M. A., Tognola, W. A., & Galego, J. C. (2014). Patients with chronic headache tend to have more psychological symptoms than those with sporadic episodes of pain. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 72(8), 598-602.